UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université
MENTION MÉDECINE

ANNÉE 1912

69

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

BRONSTEIN (Boris)

NÉ A ODESSA (RUSSIE)

Contribution à l'Étude
de la
MÉNINGITE AIGUË
SYPHILITIQUE

Président : M. le Professeur ACHARD

PARIS
LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Ar^t). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)
1912

69

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université
MENTION MÉDECINE

ANNÉE 1912 — N° .....

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

BRONSTEIN (Boris)

NÉ A ODESSA (RUSSIE)

Contribution à l'Étude
de la
MÉNINGITE AIGUË
SYPHILITIQUE

Président : M. le Professeur ACHARD

PARIS
LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Ar^t). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)
1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	GILBERT DEBOVE LANDOUZY CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

BALTHAZARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GRÉGOIRE	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BROCA André	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS-TINE	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LECÈNE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE		OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Necker
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

(En témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre très humble admiration)

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD (1906)

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE (Stage 1907)

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS (1908)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICARD
(1908-1909)

A tous ceux qui, dans les laboratoires de la Faculté comme dans ceux des hôpitaux, ont bien voulu guider nos premières recherches, et nous encourager de leurs précieux conseils.

INTRODUCTION

Généralités. — L'examen systématique du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, récents ou anciens, traités ou non traités, présentant des accidents cutanés, muqueux, nerveux, ou ne présentant aucun accident, a démontré, d'une manière irréfutable, la fréquence et l'importance des « RÉACTIONS MÉNINGÉES », aussi bien au début de la contamination que très longtemps après alors que le malade ne présente plus aucun accident spécifique, ou au contraire, alors qu'il présente soit des accidents tertiaires, soit des affections parasyphilitiques.

A ces recherches sont attachés tout spécialement les noms de MM. WIDAL et RAVAUT, JEANSELME, MILIAN, etc. :

La constatation fréquente de réactions méningées chez tout spécifique, a conduit naturellement à invoquer cette méningite à l'origine des accidents parasyphilitiques, du tabes, tout spéciale-

ment; naturellement aussi de pareilles constatations ont permis de poser encore comme règle que tout traitement antisyphilitique devait être contrôlé dans ses effets par l'étude des modifications qu'il imprime à cette irritation des méninges, ce que, seule, la *ponction lombaire* permet d'apprécier.

Il est donc facile de comprendre combien sont utiles, chez tout syphilitique, les renseignements fournis par la ponction lombaire, véritable biopsie permettant d'apprécier, au jour le jour, l'état évolutif de la *méningo-vascularite*.

Mais, dans certains cas, la ponction lombaire présente, en outre, un autre intérêt.

Parfois en effet, et le plus souvent d'ailleurs au cours de la période secondaire, le syphilitique est atteint d'une réaction *méningée aiguë* qui revêt le tableau clinique, soit d'une méningite aiguë cérébro-spinale, soit d'une méningite tuberculeuse, soit d'une réaction méningée banale, dont de nombreux exemples ont été récemment publiés. C'est la ponction lombaire qui, seule, permet de trancher le diagnostic, grâce à l'examen chimique et cytologique du liquide recueilli, grâce surtout à la recherche sur ce liquide et sur le sérum du malade, de la réaction de Wassermann.

Enfin, dans ces cas comme au cours de la plupart des réactions méningées, la soustraction seule du liquide céphalo-rachidien est, en général, suivie d'un heureux effet. La ponction lombaire est donc, en même temps et à la fois, comme au cours de l'hé-

morragie méningée, le meilleur procédé de diagnostic et de thérapeutique.

Longtemps contestée, l'existence des méningites aiguës syphilitiques est parfaitement acceptée de nos jours par tous les auteurs. Bien qu'une étude d'ensemble n'en ait point encore été tracée dans les traités classiques, cette affection n'en a pas moins été l'objet récemment de nombreux travaux qui en ont bien fixé les principaux caractères cliniques, et qui ont aussi fait connaître très exactement les moyens dont le clinicien dispose pour la diagnostiquer et la traiter.

Aussi, pourra-t-on s'étonner de nous voir consacrer notre thèse inaugurale à la description d'une affection qui a conquis à tout point de vue droit de cité dans le cadre nosologique. Cet étonnement est d'autant plus légitime, en effet, que nous n'apportons dans l'étude qui va suivre, aucun fait très nouveau, ni aucune considération plus particulièrement originale.

Et, néanmoins, nous avons tenu à consacrer à l'étude de la méningite aiguë syphilitique cette thèse pour de nombreuses raisons.

Tout d'abord, il est loin d'être inutile, lorsqu'un fait particulier vient d'être classé, identifié, d'en signaler la vérification, chaque fois que cela se peut et chaque fois qu'un cas très net en est rencontré au hasard de la clinique.

Ensuite, il n'est pas inutile non plus de rappeler, de temps en temps, ce qui a été fait par d'autres

auteurs sur un sujet encore à l'étude, et ce qui a été signalé par les cliniciens qui ont successivement eu à diagnostiquer et à traiter des cas analogues.

Enfin, la méningite aigüe syphilitique est loin d'être encore parfaitement connue de tous les cliniciens ; aussi en reproduire une fois de plus l'histoire clinique, en signaler une fois encore l'importance diagnostique, en discuter la valeur pronostique, en indiquer le traitement, est-ce utilement contribuer à la faire mieux connaître, et est-ce permettre ainsi, d'en établir à l'avenir, plus facilement le diagnostic.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Professeur Achard un cas très intéresssant et très démonstratif de méningite aigüe syphilitique : M. le Professeur Achard lui-même nous a conseillé de recueillir avec soin l'observation de cette malade et de consacrer à ce sujet, la thèse que nous devions passer incessamment. Guidé par notre maître, sous la direction de M. l'interne du service, que nous ne saurions trop remercier de sa constante amabilité à notre égard, nous avons pu, chaque jour, examiner cette malade et suivre avec fruit les modifications que chaque jour subissait l'affection.

Cette observation sera la base de l'étude qui va suivre. Après avoir rapporté les moindres incidents de cette observation, nous résumerons brièvement quelques autres observations récentes publiées par

différents auteurs, puis nous profiterons de ces documents pour édifier une étude d'ensemble de cette méningite, spécialement au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement, en insistant plus particulièrement sur l'utilité des renseignements fournis par la ponction lombaire.

Avant d'aborder notre sujet, il nous est particulièrement agréable de dire encore à M. le Professeur Achard toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant de présider cette thèse qu'il nous inspira ; nous le prions de nous excuser de n'avoir point su faire revivre ici, les sagaces observations par lesquelles, chaque jour, à l'occasion des faits les plus variés, il sait, avec une inlassable patience, éduquer ses stagiaires, ses externes, ses internes et tous ceux qui même déjà arrivés, sont heureux de redevenir pour quelques heures ses disciples dévoués.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION -- CLASSIFICATION

Les auteurs ne s'entendent pas lorsqu'il s'agit de définir et de classer la *méningite aiguë syphilitique*. C'est ainsi qu'en 1908, Raoul de Coux, dans sa thèse, tente un essai de classification des méningites aiguës syphilitiques et en décrit deux types : *une méningite aiguë secondaire précoce*, coïncidant habituellement avec des lésions secondaires et la lymphocytose céphalo-rachidienne, méningite diffuse, sans phénomènes de localisation, guérissant presque toujours, et *une méningite aiguë syphilitique tertiaire*, véritable accident aigu, au cours d'une méningite syphilitique tertiaire chronique, plus ou moins latente, s'accompagnant de délire aigu et de crises convulsives, avec des symptômes de localisation, consistant en crises épileptiformes partielles, paralysies des membres, paralysies faciales, paralysies oculaires.

M. Milian, en 1910, adopte cette classification, mais, avec beaucoup de raison, il émet ensuite l'hypothèse que la méningite aiguë doit s'observer également assez fréquemment chez des *hérédo syphilitiques*, qui meurent très souvent au milieu d'accidents méningés rapportés exclusivement à la méningite tuberculeuse : pour ce dernier auteur il existerait donc trois variétés de méningite aiguë syphilitique : la *méningite aiguë hérédo-syphilitique*, la *méningite aiguë diffuse de la période secondaire*, la *méningite aiguë tertiaire*.

Nous n'accepterons pas absolument cette classification, et tout en reconnaissant qu'au point de vue clinique, ces trois variétés de méningite syphilitique aiguë, sont assez bien individualisées, nous ne décrirons cependant comme méningite aiguë véritable que les *accidents méningés diffus de la période secondaire*, adoptant à ce point de vue absolument la manière de voir de MM. Bonnet et Goujat (1910) et de M. Miriel. Nous ferons entrer, néanmoins, dans ce cadre certains accidents aigus observés chez des hérédo-syphilitiques.

Historique

L'hypothèse de l'existence d'une méningite syphilitique fut émise pour la première fois en 1859 par Vidal de Cassis ; cette opinion fut combattue à l'époque par Zambaco et Lagneau ; cependant, Gros et Lancereaux, quelques années plus tard, en

reconnaissaient la réalité clinique, contestée encore cependant à ce moment (1869) par Molière et Poncet.

Les deux premières observations incontestables de méningite syphilitique sont dues à Bouchard (1873) et à Pic et Regaud (1895). Malgré la netteté de ces observations tous les auteurs ne furent pas absolument convaincus, et même encore en 1900, M. Klippel contestait l'existence de ces méningites, se demandant s'il ne s'agissait pas d'infection banale aiguë venant compliquer des lésions syphilitiques cérébrales.

La première observation de méningite syphilitique indiscutable est celle de Debove et Castaigne (1901) : il s'agit d'un malade de dix-huit ans qui est subitement pris, en *pleine période secondaire* (forme maligne précoce), huit mois après le chancre, d'accidents méningés graves. Pour la première fois, la ponction lombaire est appliquée à l'étude de la méningite syphilitique ; pratiquée à diverses reprises elle montre un liquide stérile, riche en lymphocytes et polynucléaires. Le traitement mercuriel fit merveille.

En 1902 MM. Widal et Le Sourd rapportent à la Société Médicale, une nouvelle observation très caractéristique, contrôlée par l'examen du liquide céphalo-rachidien et les heureux effets du traitement spécifique.

Les observations se multiplient alors : en 1904, dans sa thèse sur la méningite aiguë, Drouet réunit 8 observations.

L'histoire de cette méningite se complète, grâce aux nouvelles observations, publiées par Boidin et Weill, Laubry et Giroux, Claisse et Joltrain, Sézary. Une nouvelle étude d'ensemble de la question est reprise en 1908 par Raoul de Caux, qui tente, nous l'avons vu, un essai de classifiation de ces méningites.

Depuis cette époque nombreux sont les travaux parus sur les réactions méningées de la syphilis ; nous ne pouvons que rappeler les noms des auteurs de ces principaux travaux sans les analyser ici longuement. En particulier, nous citerons les articles de M. Ravaut, Sicard, de M. Janselme, de MM. Vincent et Sézary, le traité de M. Milian — la thèse toute récente de M. Jolivet (1912). En ce qui concerne plus spécialement les *méningites aiguës*, signalons les travaux de MM. Bonnet et Goujat (Lyon Médical 1910.) qui réunissent 20 cas indiscutables de méningite aiguë syphilitique aiguë diffuse de la période secondaire, la thèse de Moignet 1909, de Miriel 1910, la thèse de Bourdier.

Jolivet, dans sa thèse sur les réactions méningées au cours de la syphilis (1912), rapporte 3 observations inédites de méningite syphilitique aiguë diffuse, secondaire, et Billet publie récemment un cas très caractéristique de méningite aiguë syphilitique chez un hérédo-syphilitique.

Ainsi donc, même en se limitant au cadre assez étroit de la méningite aiguë diffuse de la période secondaire, il est facile, sans multiplier outre mesure

les recherches bibliographiques de trouver dans la littérature médicale environ une trentaine de cas incontestables de ce type. Nous apportons nous-mêmes une observation inédite recueillie dans le service de M. le Professeur Achard.

Il nous a paru intéressant, après avoir lu avec le plus grand soin toutes ces observations, d'ébaucher, grâce à ces documents, une étude clinique d'ensemble de la méningite aiguë syphilitique, d'en discuter spécialement le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Le plan qui nous a paru le plus logique est le suivant : présenter tout d'abord l'observation qui nous est personnelle et résumer brièvement les observations publiées sur ce sujet ; puis, aborder l'étude clinique proprement dite dans une revue générale basée sur les observations précitées. — Il va sans dire que nous ne voulons pas reproduire in-extenso ici toutes les observations publiées ; ce serait là une compilation sans intérêt qui allongerait sans raison notre travail : aussi nous contenterons-nous de résumer succinctement les observations les plus intéressantes.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

I. OBSERVATION PERSONNELLE

Recueillie dans le service de M. le Professeur Achard

(Transcrite suivant la rédaction faite au jour le jour pendant le séjour de la malade à l'Hôpital Necker.)

Bl... Berthe, agée de 20 ans, profession domestique, entrée le 8 avril 1912, à l'hôpital Necker, salle Peter n° 20 ; pour des douleurs violentes dans les membres inférieurs et une céphalée très vive.

Antécédents héréditaires : père vivant, 65 ans, bien portant ; mère vivante, bien portante ; 8 frères et sœurs bien portants ; 3 frères et sœurs morts.

Antécédents personnels : Coqueluche vers 5 ans ; rougeole à 10 ans ; réglée à 13 ans.

Maladie actuelle : La céphalée est apparue 3 semaines auparavant vers le 15 mars 1912 environ ; mais elle a subi une exacerbation depuis 3 ou 4 jours ; il s'agit d'une céphalée diffuse, prédominant tantôt dans la région frontale, tantôt dans la région occipitale. La malade *ne dort pas* et le moindre mouvement, la moindre toux, lui font subir de *véritables tortures*. La céphalée a un maximum *la nuit*.

Les *vomissements* sont apparus trois jours avant l'arrivée à l'hôpital, c'est-à-dire vers le 5 avril ; ce sont des vomissements faciles, alimentaires, en fusées.

La constipation est légère, mais tenace depuis 3 semaines.

La malade est étendue à peu près immobile, la main appuyée sur la tête, avec un peu de photophobie : il existe de vives douleurs dans les membres inférieurs, de la contracture des muscles des gouttières vertébrales.

Le signe de Kernig est très net ; sa recherche est particulièrement douloureuse ; la malade est couchée en chien de fusil.

La nuque est légèrement contracturée ; il n'existe pas de troubles sphinctériens. La force musculaire est parfaitement conservée d'un côté comme de l'autre. Il existe une *hyperesthésie générale* mais on ne constate pas de troubles vaso-moteurs appréciables, pas de raie méningitique.

Réflexes :

rotuliens	droit : faible.	
	gauche : conservé	
achilléens	droit : conservé	
	gauche : —	
olécraniens	droit : conservé	
	gauche : —	
plantaires	nul à gauche	
	en flexion à droite	

Yeux : mydriase à gauche (la malade se plaint de diplopie) ; pas de signe d'Aigyll-Roberston ; pas de paralysie motrice.

Il existe un peu d'excitation, d'agitation, mais aucun délire ; Le diagnostic porté est celui de *syndrome méningé* ; ce diagnostic est d'ailleurs confirmé par la *ponction lombaire*, pratiquée le 10 avril.

Ponction lombaire hypertension considérable : on re-

cueille 70 cmc d'un liquide légèrement jaunâtre avec flocons ; il se fait un coagulum fibrineux important après le repos.

Crtologie : très nombreux lymphocytes 80 par champ, pas d'autres éléments cellulaires.

Albumine : en quantité considérable.

Pas de sucre : un ensemencement donne quelques *staphylocoques* (?)

La respiration de la malade est calme, régulière ; rien d'anormal à l'auscultation ; le *pouls* est régulier à 80.

On constate, en poursuivant l'examen, de multiples adénopathies ; sous-maxillaire, très légère ; inguinale, très importante, surtout à gauche, sans périadénite, absolument indolente, avec prédominance très manifeste d'un ganglion.

La malade raconte qu'il y a *3 mois environ*, elle a senti au niveau de la grande lèvre gauche, un bouton, assez dur et non douloureux, dont l'apparition coïncida avec l'apparition des adénopathies. Depuis cette époque, la malade aurait remarqué que ses cheveux tombaient.

On ne constate aucun reliquat de roséole ; il n'existe pas de plaques muqueuses ; on note un peu d'herpès labial, et la gorge est un peu rouge ; la température est normale.

9 avril. La céphalée est toujours très pénible : elle n'a pas été calmée par l'application d'une vessie de glace ; la malade n'a pu dormir ; les douleurs des membres inférieurs sont très vives, le pouls est à 104 ; il existe de la mydriase à gauche.

10 avril. La ponction lombaire, dont nous avons relaté d'autre part le résultat, a déterminé une diminution très notable de la céphalée et du Kernig, surtout du côté gauche, de sorte qu'il ne persiste qu'un Kernig unilatéral droit

très accentué ; il n'y a plus de mydriase gauche ; le pouls est à 88 ; le réflexe rotulien droit a disparu ; le gauche est conservé ; le réflexe plantaire est nul à gauche, en flexion à droite.

Il n'y a pas eu de vomissements ; la malade ne va à la selle qu'après lavement.

11 avril. Disparition complète de la céphalée; pouls à 100; pupilles égales ; pas de vomissements ; la constipation persiste ; Kernig très net à droite, ébauché à gauche.

12 avril. La malade se plaint toujours de douleurs très vives dans les membres inférieurs et la région lombaire ; Kernig comme la veille ; pas de céphalée ni de vomissements ; pupilles égales ; l'état général est bon ; la malade mange de bon appétit.

13 avril. Etat stationnaire ; pouls 90 ; *réaction de Wassermann* légèrement positive (liquide céphalo-rachidien et sérum), (réaction recherchée par M. Beauvy).

14 avril. Etat stationnaire : pouls à 96 : on interroge ce jour là l'ami de la malade : il ne résulte aucun renseignement précis de cet interrogatoire ; il nie la syphilis et ne connaît d'ailleurs la malade que depuis 5 mois.

17 avril. Etat stationnaire : Kernig très marqué à droite ; Wassermann nettement positif.

Plusieurs ponctions lombaires ont été pratiquées : en voici les résultats : le 20 avril : il y a toujours une très notable lymphocytose ; le 5 mai, 220 lymphocytes au $^{m}/_{mc}$; le 23 mai 180 lymphocytes au $^{m}/_{mc}$.

La malade est sortie de l'hôpital le 8 mai en assez bon état, mais conservant *un peu de Kernig*, ce qui lui donne une démarche hésitante. Elle a eu le 22, le 23, le 24 avril 3 injections de cyanure de Hg, et du 28 avril au 6 mai 8

injections de cyanure ; du 7 au 23 mai, 9 piqûres de biiodure de Hg.

Le 11 juin, la malade vient à nouveau se faire examiner ; elle n'a plus de Kernig, mais il existe encore de la raideur, de la contracture ; la malade accuse un peu d'amblyopie. Il n'y a pas de signe d'Argyll ; sur la langue on voit une glossite dépapillante ; une nouvelle série de piqûres de biiodure est commencée ; une ponction lombaire pratiquée ce jour-là donne encore 160 lymphocytes au $^{m}/_{mc}$.

Le 5 septembre, la malade vient consulter pour une éruption psoriasiforme, dont les éléments ne sont pas localisés au plan d'extension, mais sont distribués au hasard ; il existe de volumineuses plaques hypertrophiques au niveau de la vulve, et de plus discrètes au niveau du pharynx, de l'amygdale gauche.

Il n'existe plus aucun symptôme méningé ; il existe quelques douleurs dans les membres inférieurs, mais ce sont des douleurs osseuses, localisées aux tibias, douleurs ostéocopes. Il n'existe plus de céphalée, pas de vomissements, pas de raideur ni de signe de Kernig ; les réflexes sont normaux.

La ponction lombaire donne issue à un liquide qui s'écoule lentement ; il existe encore une réaction lymphocytaire tout à fait pure avec 50 lymphocytes au mmc.

On fait une injection de 0,45 de néo-salvarsan.

En résumé, il s'agit d'une méningite aiguë survenue trois mois environ après le chancre initial, ainsi que le démontre, d'une manière incontestable, l'examen du liquide céphalo-rachidien, la réaction de Wassermann, les heureux effets du traitement spécifique.

Nous retiendrons spécialement deux points importants : 1° Toutes les ponctions lombaires pratiquées chez cette malade ont donné issue à un liquide extrêmement riche en *lymphocytes*, ne contenant pas de polynucléaires, avec Wassermann positif, bien avant l'apparition des accidents cutanéo-muqueux de la période secondaire.

En second lieu, il est intéressant d'attirer l'attention sur ce fait que, longtemps après le début des accidents, alors même que tous les symptômes cliniques de la réaction méningée étaient disparus, bien qu'il n'y eût plus d'hypertension, on constatait encore, dans le liquide céphalo-rachidien, une lymphocytose très accentuée : nous insisterons plus loin sur l'importance de cette constatation en ce qui concerne le pronostic éloigné de l'affection.

Nous allons très brièvement résumer maintenant, quelques observations de méningite aiguë syphilitique parmi les plus récentes et les plus démonstratives.

II. OBSERVATION DE BOIDIN ET WEIL

(Presse Médicale, 1907)

Résumé : les symptômes méningés aigus *apparaissent avant la roséole*, le chancre étant encore très apparent (signe de Kernig, abolition des réflexes, température à 37°5, pouls à 55). L'affection a débuté par de la céphalée frontale, des vomissements, de la constipation ; la ponction

lombaire montre 20 à 25 éléments par champ. La roséole apparut quelques jours plus tard. Amélioration de tous les phénomènes sous l'influence du traitement mercuriel. La lymphocytose persiste, bien que plus discrète après la guérison.

III OBSERVATION de ŒTTINGER et HAMEL (Gazette des Hôpitaux, 1909)

Au dixième mois d'une syphilis irrégulièrement traitée, de la céphalée, des vomissements, de la constipation, apparaissent chez une fille de 19 ans. La ponction lombaire montre une hypertension considérable, de nombreux lymphocytes ; la recherche du tréponème est négative ; on observe une amélioration rapide sous l'influence d'injections de calomel ; mais il persiste une lymphocytose discrète.

IV. OBSERVATION de Du CASTEL et PARAF (Soc. Méd. des Hôpit. 1910)

Après un traitement assez intensif, et près d'un an après l'apparition des premiers accidents spécifiques, la malade, âgée de 21 ans, fut prise de symptômes méningés très graves, avec fièvre élevée à 39°4 ; ponction lombaire ; hypertension considérable, 53 lymphocytes par champ. Amélioration par trois injections de 606, complétées par le traitement mercuriel.

V. OBSERVATION LXXIII (in thèse Bourdier)

G. M., 20 ans : méningite aiguë syphilitique de la période secondaire traitée par injection intra-rachidienne de

mercure colloïdial ; examen du fond d'œil à la période de convalescence ; pupilles égales ; hippus ; excursions musculaires complètes, pas de secousses nystagmiformes ; au début, il y aurait eu de la diplopie ; papille saillante, bords peu nets ; léger trouble périphérique, hyperémie, pas de troubles des milieux.

VII. OBSERVATION DE SICARD ET ROUSSY
(Revue Neurolologique, 1904)

Méningite aiguë cérébro-spinale syphilitique. Evolution sept mois après le chancre, au cours du traitement spécifique : cytologie du liquide céphalo-rachidien. Autopsie.

Observation résumée :

Il s'agit d'une méningite aiguë syphilitique cérébro-spinale survenue brusquement chez un homme de 41 ans, sept mois après l'accident primaire. Il existait un syndrome méningé des plus nets. La ponction lombaire fournit un liquide amicrobien, très riche en leucocytes polynucléaires. L'autopsie montra des lésions étendues à toute l'enveloppe vasculo-conjonctive sous-arachnoïdienne et pie-mérienne du cerveau et de la moelle, caractérisée par une infiltration leucocytaire à prédominance péri-vasculaire, avec lésions de vascularite intense.

VII. OBSERVATION DE MOSNY ET PORTOCALIS
(Soc. Med. des Hopit. 31 mars 1911.)

Une femme de quarante-neuf ans entre à l'hôpital, avec tous les signes d'une méningite aiguë; l'amélioration eut lieu progressivement en trois semaines, mais au bout de ce temps, on constata le signe d'Argyll ; sept mois après, la

guérison était complète ; la ponction lombaire permet au début de recueillir un liquide céphalo-rachidien, puriforme asceptique, renfermant une très forte proportion de *polynucléaires* normaux ; puis le nombre des lymphocytes s'accrut et au bout de 3 semaines il n'existait plus qu'une lymphocytose pure qui, à son tour, décrut et se maintint au taux de 5 éléments par millimètres cube ; De positive qu'elle était à la première phase de l'affection, la réaction de Wassermann devint négative avec le sérum et le liquide céphalo-rachidien.

Dans sa thèse récente (1912), JOLIVET rapporte 3 observations personnelles très intéressantes et fort complètement étudiées que nous ne reproduirons pas ici, nous réservant d'y faire allusion au cours de la description de la méningite aiguë syphilitique que nous allons maintenant aborder. Rappelons toutefois encore que MM. BONNET et GOUJAT ont pu, en 1910, réunir 20 observations de méningite aiguë syphilitique, ce qui démontre amplement que cette méningite est beaucoup moins rare qu'on ne le croit généralement.

Rappelons aussi que nous n'allons avoir en vue, pour l'instant au moins, dans notre description, que les accidents méningés diffus de la période secondaire.

CHAPITRE III

LA MÉNINGITE AIGUE SYPHILITIQUE

Méningite diffuse de la période secondaire.

Etiologie. — *Fréquence.* — Nous nous sommes déjà expliqué sur la fréquence relative de cette affection qui deviendra beaucoup plus grande au fur et à mesure qu'on la connaîtra mieux, et qu'on saura mieux la différencier des états méningés les plus variés, spécialement même de la méningite tuberculeuse ; fort probablement d'ailleurs un certain nombre des cas de méningite tuberculeuse guéris par l'iodure n'ont été sans doute bien souvent que des méningites aiguës syphilitiques méconnues.

Sexe.- Cette méningite s'observe plus souvent chez l'homme que chez la femme, mais il ne s'agit pas là d'une prédilection très nette, car le nombre des cas observés chez la femme est très rapproché de

celui des cas observés chez l'homme. La méningite se rencontre de 18 à 35 ans de préférence.

Causes prédisposantes. — Aucune des causes prédisposantes habituellement invoquées pour expliquer une localisation nerveuse, (alcool, intoxication saturnine, surmenage), ne paraît jouer ici un rôle important.

Il est loin d'être démontré, comme on l'avait admis d'abord, que la méningite s'observe spécialement dans les formes bénignes de syphilis.

Très intéressante également est la discussion toujours pendante, du rôle préventif du traitement spécifique.

Rôle préventif du traitement spécifique. — Goujat nie tout à fait ce rôle préventif et il rappelle à ce propos les observations de Sicard et Roussy, Ballet et Barbé, Malloizel, dans lesquelles les accidents méningés ont éclaté malgré un traitement très sérieusement suivi.

Nous pouvons ajouter à ces observations celle de Du Castel et Paraf, et l'une des observations de Jolivet (obs. XII), concernant une malade qui, 4 mois après le chancre et après deux injections de 606 présente une méningite aiguë très alarmante.

Est-ce une raison suffisante pour refuser tout effet préventif au traitement spécifique ? Nous ne le pensons pas, car il s'en faut que les malades suivent très exactement le traitement qui leur a été prescrit, et, surtout, en général, ils ne le suivent pas d'une manière suffisamment prolongée.

Nous aurons en effet l'occasion d'insister plus loin sur les renseignements fournis par la ponction lombaire au cours du traitement de la syphilis, et nous verrons combien pendant longtemps persiste, malgré le traitement, une irritation atténuée, mais constante, au niveau des méninges.

Certes, il est possible de voir éclater des accidents méningés aigus malgré un traitement précoce et intensif, mais nous pensons avec MIRIEL, que c'est en instituant et en prolongeant ce traitement, que l'on aura le plus de chance de mettre le malade à l'abri d'accidents aigus méningés.

Ce qui nous paraît capital dans l'étiologie de cette méningite, c'est d'une part, comme l'ont mis en évidence, DEBOVE, GAUCHER, *le parallélisme qui existe entre les accidents cutanés et méningés*, et d'autre part, comme l'a bien montré RAVAUT, la fréquence d'*accidents cutanés assez graves*, précédant l'éclosion des accidents méningés. Ce fait n'a rien qui puisse nous surprendre. En effet, M. RAVAUT a parfaitement établi qu'au cours des accidents cutanés secondaires, il existait une légère réaction méningée que traduisait une lymphocytose discrète du liquide céphalo-rachidien, alors qu'aucun symptôme clinique ne l'extériorise.

Cette méningite atténuée a donné lieu à des recherches très importantes de MM. VINCENT et SÉZARY ; ces auteurs font jouer à cette irritation méningée, un rôle capital dans l'étiologie des affections parasyphilitiques (le tabès spécialement). Quoi de

surprenant, en conséquence, que de voir cette méningite atténuée, se muer tout à coup, pour des raisons encore mystérieuses, en une réaction méningée aiguë ?

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

On est peu renseigné sur les lésions anatomiques des méningites syphilitiques aiguës, par suite du petit nombre d'autopsies qui en ont été pratiquées (se rapporter à l'observation de Sicard, Roussy et Nathan Larrier rapportée plus haut).

M. Milian résume ainsi les principales constatations faites par différents auteurs : « La dure-mère est normale et ne présente aucune adhérence, le cerveau paraît recouvert d'un œdème gélatiniforme présentant par places, surtout au niveau de la convexité, l'aspect collodioné. Même aspect des espaces arachnoïdiens et pie-mériens de la moelle sur toute son étendue; il existe de légères adhérences de la pie-mère avec la substance cérébrale. Le canal épendymaire, l'aqueduc de Sylvius, les ventricules laté-

raux sont dilatés. Il n'y a pas de ramollissement cérébral, mais la sylvienne gauche présente à la coupe, des bourgeons thrombosiques.

Sur une coupe de la moelle on constate que les vaisseaux de la pie-mère sont très dilatés, et que leur lumière agrandie est comblée par des globules sanguins ; leurs parois sont épaissies et infiltrées de cellules rondes : ces cellules sont en majeure partie composées de lymphocytes, de gros macrophages, de plasmazellen ; les capillaires fins sont dilatés et entourés d'un manchon de cellules rondes. Dans les mailles laches du tissu sous-arachnoïdien, on trouve également des foyers de cellules rondes. Les racines présentent des lésions analogues, au niveau de leur gaîne méningée, surtout au niveau des racines postérieures. Il en est de même des ganglions rachidiens dont la capsule est épaissie. Les lésions interstitielles de ces derniers sont assez accentuées: vaisseaux dilatés, infiltration cellulaire, etc.

L'encéphale ne présente pas d'altérations macroscopiques en dehors d'une hypérémie plus ou moins généralisée.

Il s'agit là, en résumé, d'un processus banal de méningite qui doit sans hésitation être rattaché à la syphilis : c'est de ce processus que dépendent les modifications du liquide céphalo-rachidien, que nous allons étudier maintenant. L'étude des modifications de ce liquide est le véritable moyen dont dispose le clinicien, pour apprécier l'état pathologique des méninges.

Liquide céphalo-rachidien

La connaissance des nombreux renseignements que peut fournir l'examen du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, est surtout dûe aux recherches de MM. Widal et Sicard, Ravaut, Le Sourd et Lemierre, Jeanselme, etc.. M. Ravaut conseille de procéder ainsi qu'il suit : « aussitôt la ponction faite le liquide est recueilli directement dans un tube effilé ; s'il est trouble, il est bon d'en recueillir dans un second qui sera conservé au laboratoire, pour en étudier, les heures suivantes, les phénomènes de coagulation : puis le liquide est centrifugé ; le liquide décanté est recueilli dans un tube stérile : le culot est étalé sur lames ; une partie du liquide décanté sert à la recherche de l'albumine, l'autre est utilisée spécialement pour la réaction de Wassermann. »

Le premier renseignement que fournit la ponction lombaire est la constatation d'une *hypertension très accusée*. En règle générale, le liquide sort en jet, surtout lors des premières ponctions ; de cette hypertension considérable relève la céphalée, qui est précisément calmée le plus souvent, par une ponction suivie d'une évacuation assez abondante.

Le liquide est le plus souvent clair ou légèrement jaunâtre : exceptionnellement il est opalescent ou prend l'aspect moiré ou puriforme ; il s'agit alors d'une véritable fluxion blanche d'éléments cellulai-

res qui donnent au liquide son aspect louche. On ne constate pas habituellement de coagulum fibreux.

Le liquide céphalo rachidien extrait par ponction lombaire, doit être examiné à un triple point de vue : bactériologique, cytologique, clinique.

Examen bactériologique. — Le liquide est le plus habituellement stérile et ne renferme pas de tréponème : quelques auteurs auraient cependant réussi à le mettre en évidence ; rappelons les observations citées par Miriel, de Schridds, de Dohir et Tanaka, de Gaucher et Merle, de Sézary et Paillard.

Examen Cytologique.— Contrairement à l'opinion de certains auteurs (Foix et Bloch), ce n'est pas une prédominance des polynucléaires que l'on constate dans le liquide céphalo-rachidien des méningites syphilitiques aiguës comme au cours des méningites aiguës banales, mais, au contraire, une prédominance des lymphocytes : c'est là un fait qui résulte bien de la lecture des multiples observations publiées par les auteurs : les exceptions sont très rares.

Cette lymphocytose qui est presque constante, peut atteindre 15 à 70 éléments par champ : des procédés d'évaluation plus précis ont été proposés par Nageotte et Lévy-Valensi. Ces auteurs ont fait graver au fond d'une cellule de 100 à 200 millimètres cubes, des rectangles de dimension connue — la

numération des éléments qui y sont contenus permet d'établir la teneur moyenne d'un millimètre cube du liquide céphalo-rachidien examiné; au-delà de 3 par millimètre cube, la leucocytose serait pathologique. Ce procédé serait assez sensible pour permettre de suivre les oscillations du taux lymphocytaire sous l'influence du traitement.

A côté des lymphocytes qui prédominent le plus souvent, on observe encore dans ce liquide des polynucléaires neutrophiles, quelquefois, des éosinophiles, des cellules endothéliales, enfin des cellules à type de plasmatzellen, sur lesquelles M. Ravaut a insisté. En réalité, ces cellules diffèrent par plus d'un point des plasmatzellen: elles n'ont ni leur petit noyau arrondi, fortement chromatophile, dont la chromatine différenciée prend l'aspect en rayon de roue, ni les réactions colorantes au Papenheim. Ce sont des cellules volumineuses, à protoplasme basophile, à noyau arrondi ou réniforme, fortement basophile. Elles ressemblent plutôt à certains mononucléaires macrophages, qu'à de véritables plasmazellen.

Lorsque la leucocytose est à prédominance de polynucléaires, ce qui est plutôt rare, les polynucléaires sont absolument intacts, comme lorsqu'il s'agit de certains états méningés amicrobiens, ou de fluxion blanche, comme au cours de l'urémie, dans sa forme méningée (Lépine, Chauffard, Caussade et Villette).

Les ponctions lombaires faites en série montrent

les variations de cette formule. Ce qui frappe, lorsque l'on étudie les observations publiées, c'est la persistance d'une lymphocytose plus ou moins atténuée de longs mois après la disparition de tous les signes cliniques de la réaction méningée. Nous aurons à discuter plus loin la valeur de cette *réaction résiduelle* au point de vue du pronostic ultérieur chez ces malades et de l'effet du traitement spécifique.

Examen chimique.— Les modifications chimiques du liquide céphalo-rachidien ont été étudiées par Widal, Sicard et Ravaut, Guillain. Ces auteurs démontrèrent que chaque fois qu'il y avait lymphocytose, il était possible de révéler une albuminose de ce liquide. Ils montrèrent en outre que par le sulfate de magnésie à saturation, ou par l'acide butyrique, on pouvait séparer la globuline de la sérine et apprécier ainsi qualitativement la nature de l'albumine rachidienne.

On emploie de préférence en Allemagne la réaction *Nonne-Appelt* : on mélange par parties égales, le liquide céphalo-rachidien avec une solution de sulfate d'ammoniaque, suturée à chaud et filtrée (ce mélange doit être neutre et ne doit pas être soumis à l'ébullition, il ne doit pas contenir de sang). Si la réaction est positive, il apparaît en trois minutes un trouble d'intensité plus ou moins accusée, c'est la phase I dont la constation est capitale pour les auteurs ; si on filtre le liquide, qu'on acidule et qu'on chauffe, alors apparaît un trouble qui constitue la phase II :

L'albumino-réaction par les procédés français, apparaît beaucoup plus nette : (Foix et Bloch.)

A) la chaleur : un liquide céphalo-rachidien normal donne toujours à l'ébullition une trouble léger : mais ce trouble est beaucoup plus intense dès que la syphilis a touché les méninges. S'il y a doute, une trace d'acide acétique (une trace seulement, car les albumines du liquide céphalo-rachidien sont extraordinairement acéto-solubles,) suivi d'une nouvelle ébullition et le louche devient une véritable opacité.

B) l'acide nitrique : normalement l'acide nitrique donne une opalescence légère, elle est très marquée au contraire si l'albumino-réaction est positive : en cas de méningite aiguë syphilitique il peut y avoir une précipitation presque massive.

Ce qui est caractéristique de la réaction méningée, c'est donc l'*association lymphocytose et albumine* : il faudra donc, en conséquence, n'accorder qu'une valeur très restreinte au syndrome albumine, sans lymphocytose.

Au cours des méningites aiguës on observe un trouble très net *de la perméabilité méningée*, que l'on peut constater facilement par *le passage de l'iodure* dans le liquide céphalo-rachidien : c'est là une particularité sur laquelle M. le Professeur Achard a justement insisté à propos du cas observé dans son service et rapporté d'autre part.

Réaction de Wassermann. — Au cours des accidents cutanés de la période secondaire, alors qu'il existe une légère lymphocytose du liquide céphalo-rachidien sans symptômes cliniques de réaction méningée, le liquide céphalo-rachidien ne présente pas la réaction positive à l'épreuve de WASSERMANN. Au contraire cette réaction devient positive lorsqu'il y a réellement méningite aiguë syphilitique. Cette opinion qui est la plus admise n'est cependant pas partagée par M. RAVAUT qui écrit : « Il est important de savoir que cette réaction peut se rencontrer chez des individus ne présentant pas de symptômes nerveux; lorsqu'elle existe elle est accompagnée de réactions cellulaires et albumineuse du liquide céphalo-rachidien alors même que la réaction du sang est négative ». D'ailleurs il s'en faut que les renseignements fournis par la recherche du WASSERMANN dans le sérum, aient une importance capitale en présence d'accidents méningés ; une réaction positive n'indique pas, en effet, nécessairement, que les accidents méningés constatés sont de nature syphilitique, et bien souvent la réaction sanguine est négative, alors que cependant elle est positive dans le liquide céphalo-rachidien, qui présente en outre en abondance de l'albumine et des lymphocytes.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Est-il possible d'après les constatations que nous venons de faire, d'ébaucher quelques hypothèses sur la pathogénie des méningites aiguës syphilitiques en général, au cours de la syphilis ?

MM. Boidin et Weill comparent très ingénieusement la méningite aiguë syphilitique à un *exanthème méningé*, à une roséole des méninges, assimilation très heureuse, lorsque l'on se rappelle la concomitance des accidents cutanés et méningés.

M. Ravaut, qui a si parfaitement étudié les diverses réactions méningées que l'on peut trouver chez les syphilitiques, admet qu'au moment où se réalise la septicémie syphilitique, le système nerveux, et plus spécialement les méninges, peuvent être touchés différemment ; ils peuvent n'être qu'effleurés et l'on a affaire alors à de légères réactions méningées sans symptômes de méningite ; au contraire, l'atteinte peut être très intense et l'on observe alors la méningite aiguë diffuse de la période secondaire que nous avons surtout en vue dans cette étude.

S'agit-il de septicémie ou de toxémie ? Nous avons vu que trois ou quatre auteurs seulement signalaient la présence du tréponème dans le liquide céphalo-rachidien. M. Ravaut l'a toujours recherché vainement dans le liquide céphalo-rachidien, et c'est en vain également qu'avec M. Thi-

BIERGE il a inoculé, à des singes, le « culot de centrifugation » de liquides provenant de syphilitiques atteints de réactions méningées. Si donc, très exceptionnellement, on peut admettre que l'irritation méningée est due directement au tréponème, il semble cependant que, bien plus souvent, il n'agisse pas directement par lui-même, mais plutôt par une irritation indirecte, sans doute due à ses toxines.

Quoi qu'il en soit, il faut retenir l'apparition possible, au cours de la méningite aiguë, d'une méningo-vasculaire aiguë, dont la ponction lombaire permet d'apprécier l'intensité, l'évolution, l'atténuation, la guérison ou les séquelles.

Ce n'est pas sans danger pour l'avenir du malade relativement à l'intégrité de son axe cérébro-spinal, qu'une telle lésion aura pu se constituer ; nous aurons à discuter les conséquences évolutives de cette réaction méningée, discussion qui n'est pas le chapitre le moins intéressant de l'histoire des réactions méningées au cours de la syphilis et tout particulièrement de la méningite aiguë.

Nous allons aborder maintenant l'étude clinique proprement dite des méningites aiguës syphilitiques diffuses de la période secondaire.

CHAPITRE V

ÉTUDE CLINIQUE

Symptomatologie. - A) *Début.* — En dehors de l'observation rapportée par DEBOVE et CASTAIGNE, dans laquelle le début fut brusque et bruyant, il ressort au contraire de la lecture de presque toutes les observations que, le plus souvent, le début de la méningite aiguë syphilitique est progressif, et qu'il existe à proprement parler une phase prodromique qu'il importe de bien préciser.

Phase prodromique. — Il est tout d'abord deux symptômes d'importance capitale signalés dans presque toutes les observations : ce sont la céphalée et l'insomnie :

La céphalée est le plus souvent le symptôme prédominant : elle présente les caractères habituels de la céphalée syphilitique, c'est-à-dire qu'elle est continue et rebelle à toutes les médications ; elle est

diffuse, elle subit des exacerbations nocturnes. Elle a pu n'apparaître que quelques jours avant l'explosion des phénomènes méningés ; parfois elle les précède de un à trois mois.

L'insomnie est également un symptôme de premier plan, sur lequel M. Milian a attiré l'attention avec beaucoup de raison. L'insomnie, sans avoir la fréquence de la céphalée, est cependant signalée dans un grand nombre de cas publiés : elle est tenace, incurable, tant que le traitement spécifique n'a pas été mis en œuvre.

A ces deux symptômes d'importance capitale, il faut ajouter la rachialgie, un certain degré d'asthénie musculaire, quelques modifications du caractère ; plus rarement, on a signalé des bourdonnements d'oreille, des vomissements, des vertiges avec latéro-pulsion, démarche lente et hésitante, comme dans le cas de Brissaud et Brécy et relevant sans doute alors de lésions labyrinthiques.

Lorsque cette phase prodromique fait défaut, le début peut être brusque, mais même dans ce cas il est exceptionnel qu'il n'y ait pas eu de céphalée, dans les jours qui ont précédé ; lorsque le début est brusque il se fait par une sorte d'ictus apoplectiforme ; mais ce début est rare, nous le répétons.

b) *Période d'état.* — A la phase d'état, le tableau clinique est, soit celui de la méningite aiguë ou tuberculeuse, et si l'on relit les observations publiées, on est frappé de cette analogie, soit celui du coma, ce qui permet de décrire deux types classiques assez nets de la méningite aiguë syphilitique.

Forme commune, simulant la Méningite tuberculeuse

C'est de beaucoup la forme la plus fréquente : après avoir présenté pendant un certain temps une céphalée variable en intensité et en durée, le malade tombe en général dans un état de torpeur intellectuelle plus ou moins accusé, mais qui ne va cependant pas tout à fait jusqu'au coma. Dans l'observation rapportée par Brissaud et Brecy, l'intelligence était toutefois intacte et la malade que nous avons pu observer nous-même dans le service de M. le Professeur Achard, ne présentait qu'un peu d'excitation, mais pas de délire à proprement parler, ni d'obnubilation véritable. Quelquefois on observe un délire diffus, délire de parole et d'action ; il s'agit parfois même, comme dans le cas de Classe et Joltrain d'un délire systématisé (délire de persécution) : enfin un état dépressif peut alterner avec des accès délirants. La céphalée persiste, arrachant des cris au malade ; elle est exagérée par le bruit, la lumière (photophobie).

Les *contractures* sont constantes : elles se manifestent par trois symptômes :

1° *La raideur de la nuque* ; elle est moins marquée en général que dans la méningite tuberculeuse et surtout que dans la méningite cérébro-spinale, elle est de plus variable ; elle peut persister pendant toute la période d'état, ou n'apparaître que très tardivement.

2° *Le signe de Kernig* est à peu près de règle ; sur l'ensemble des observations publiées, il ne fait défaut que deux fois (cas d'Œttinger et Hamel, cas de Desnos) ; il faut signaler en même temps des douleurs atroces dans les membres inférieurs, qui obligent le malade à prendre la position en chien de fusil.

3° *La rétraction du ventre*, (ventre en bateau), est très rarement observée mais est néanmoins signalée dans la moitié des cas.

On peut observer quelques fois *des convulsions*, partielles ou généralisées, mais elles ne sont pas fréquentes.

Les modifications des réflexes sont des plus variables : Boidin et Weill signalent leur abolition, Laubry, Giroux, Miriel les trouvent exagérés avec des symptômes de spasmodicité ; dans notre observation, seul le réflexe rotulien droit était faible, tous les autres (le réflexe plantaire excepté), étaient conservés.

Le signe de Babinski est signalé dans un certain nombre d'observations, surtout dans celles où le malade a présenté des paralysies ; en dehors des paralysies oculaires, les phénomènes paralytiques sont rares ; il s'agit d'ailleurs, de paresse plus que de paralysie, (paralysie faciale, paresie linguale, quelques fois paresse des membres intérieurs ; les troubles des sphincters sont rares, inconstants (tantôt incontinence, tantôt rétention).

Parmis les troubles de la *sensibilité* il faut surtout signaler une *hyperesthésie douloureuse* généralisée, considérée comme constante par Goujat, et qui était très accusée chez la malade que nous avons observée. Les auteurs ont peu insisté sur les troubles vaso-moteurs (la raie méningitique est signalée cependant dans un grand nombre d'observations, elle fait défaut chez notre malade),

Le trépied méningitique (céphalée, vomissements, constipation) est loin d'occuper ici le premier plan, comme dans la méningite tuberculeuse ; néanmoins il importe de savoir qu'on peut l'observer au complet. Il était net en particulier chez la malade dont nous avons relaté l'observation.

Le pouls ne présente pas les modifications que l'on observe au cours de la méningite tuberculeuse ; il est le plus souvent régulier, mais ralenti.

On ne note pas non plus de modifications importantes du *rythme respiratoire.*

L'existence de *la fièvre* est très contestée. Jolivet, dans sa thèse, indique qu'elle est constante et assez élevée (38'39) ; c'est également l'opinion de Goujat. Miriel, sur dix cas personnels, n'en a jamais observée ; chez notre malade la feuille de température que nous n'avons pas reproduite ici, présente des ocillations étendues de 37°2 à 37°5 ; une fois ou deux seulement le thermomètre indiqua 38. Nous ne pensons pas qu'il faille faire de la fièvre un symptôme constant : elle peut exister ; elle est, en tout cas, éphémère et ne revêt pas de type bien net : aussi, ne faut-

il pas attacher une importance capitale dans cette variété de méningite au phénomène de la dissociation du pouls et de la température.

Nous voulons insister maintenant sur les *troubles oculaires* : ils ont été bien étudiés par Dupuy-Dutemps, et récemment par Bourdier, dans sa thèse sur les méningites optiques primitives. Les paralysies portant sur la musculature externe sont très fréquentes : elles sont fugaces, incomplètes et atteignent, dans la majorité des cas, le moteur oculaire commun (strabisme, diplopie, ptosis) ; du côté des pupilles on observe soit du myosis, soit de la mydriase, quelques fois de l'inégalité pupillaire.

L'examen du fond de l'œil n'a pas été fait très souvent : on a noté dans certains cas de la stase papillaire que M. Dupuy-Dutemps rapporte à des lésions syphilitiques de l'épendyme : la constatation de cette stase papillaire, lorsqu'elle existe, constituerait un signe précieux par le diagnostic différentiel avec la méningite tuberculeuse, dans laquelle au contraire elle est très rare ; nous avons relaté d'autre part un examen du fond de l'œil pratiqué par M. Bourdier, à la période de convalescence d'une méningite syphilitique aiguë ; ce même auteur a pu examiner à la période de convalescence, le malade de MM. Œttinger et Hamel; il a constaté des papilles saillantes et un léger trouble périphérique ; à la période d'état, il y aurait eu de la diplopie passagère ; notre malade accusait également de la diplopie pendant quelques jours ; dans

l'observation n° 2 de la thèse de Jolivet (méningite aiguë 9 mois après le chancre) l'examen du fond de l'œil montre une papille blanche nacrée, saillante, avec des veines dilatées et serpentiformes, contrastant avec la gracilité des artères.

Nous ne revenons pas ici sur les renseignements fournis par la *ponction lombaire :* c'est la ponction lombaire qui permet le plus souvent le diagnostic, tant à la phase prodromique qu'à la période d'état ; elle montre un liquide très notablement hypertendu, clair le plus souvent, riche en albumine et en lymphocytes, présentant souvent une réaction de Wassermann positive, alors que la réaction est encore négative dans le sérum sanguin ; nous avons signalé les formules anormales que l'on peut rencontrer dans certains cas (prédominance des polynucléaires), nous n'y reviendrons pas.

Tels sont les symptômes par lesquels se traduit en clinique la forme la plus commune de la méningite aiguë syphilitique. En résumé, ce qui la caractérise, c'est à *son début*, la céphalée, l'insomnie, l'asthénie ; à la *période d'état*, bien souvent elle ne présente qu'une symptomatologie très restreinte, une ébauche de Kernig, quelques douleurs, un peu de raideur de la nuque. La nature syphilitique en est démontrée grâce aux renseignements fournis par la ponction lombaire, grâce à la coexistence fréquente d'accidents secondaires, grâce aux heureux effets du traitement spécifique.

Nous répétons une fois encore que le terme de

méningite aiguë syphilitique doit surtout être réservé aux méningites qui se révèlent pendant la période secondaire, souvent même tout à fait au début de cette période secondaire. On a vu la méningite précéder la roséole ; bien plus souvent elle a été précédée d'accidents cutanéo-muqueux assez sévères ; presque toujours, comme l'a bien montré M. Ravaut en même temps qu'elle évolue, évoluent aussi parallèlement des accidents secondaires.

Presque toujours un examen attentif permet encore de retrouver, soit le chancre initial, soit l'adénopathie qui l'avait accompagnée et qui lui a survécu, soit des stigmates du début de la syphilis, chute des cheveux, anémie, etc. Nous ne saurions trop insister sur l'importance de cette recherche, dont les constatations permettent à elles seules souvent d'orienter un diagnostic hésitant vers la syphilis aiguë méningée.

II. **Forme comateuse**

Cette forme est infiniment moins fréquente que la précédente : Jolivet en rapporte un cas absolument typique (obs. XI) ; c'est à cet auteur que nous empruntons la description qui va suivre : « Parmi les prodromes, il faut signaler la céphalée qui a pu précéder de fort longtemps les accidents comateux, les vomissements ne sont pas constants. Le coma s'installe brusquement, il est complet avec incontinence

des matières et des urines : la malade est en résolution musculaire absolue. Il n'y a ni raideur de la nuque — ni Kernig. — Les réflexes sont abolis : l'examen des yeux montre leur parfaite insensibilité à la lumière, l'absence de douleur à la pression : il existe un léger myosis : la papille est saillante (papille de stase) ; la fièvre atteint 39° ; le pouls est lent, régulier ; la tension du liquide céphalo-rachidien est encore plus forte dans cette forme que dans les formes précédentes ; il existe une forte quantité d'albumine et une leucocytose (lymphocytes et polynucléaires) très intense ; au bout de 2 à 3 jours, surtout après une ponction, la malade sort en général du coma, et se présente alors comme dans la forme précédente.

A côté de ces deux formes principales, il existe de multiples variations de ces deux types cliniques : nous allons rapidement les passer en revue.

Formes cliniques

La réaction aiguë méningée peut ne s'extérioriser en clinique, que par un seul symptôme, spécialement par une céphalée très vive qu'accompagnent presque toujours des troubles oculaires ; le diagnostic ne peut en être fait que par la ponction lombaire ou par la coexistence d'accidents cutanés. L'évolution de cette méningite aiguë peut se faire par poussées successives, correspondant souvent à des poussées cutanées, c'est la forme de *méningite aiguë à répétition*.

Suivant la *localisation anatomique*, on peut encore comme l'a fait Miriel, décrire une *forme de la convexité*, débutant souvent par une crise d'épilepsie Bravais Jacksonienne, suivie de paralysie soit à type hémiplégique, soit à type monoplégique ; ces paralysies corticales peuvent encore se manifester par des paralysies incomplètes, de l'exagération des réflexes du côté atteint, avec légère contracture ; on peut également observer une *méningite de la base* s'accompagnant de paralysie des nerfs craniens, surtout de paralysie du moteur oculaire commun : il s'agit là de paralysies incomplètes, le malade n'accusant le plus souvent qu'une légère diplopie.

Nous venons de passer en revue les méningites aiguës observées au cours de la période secondaire de la syphilis, auxquelles le nom de méningite aiguë doit spécialement être réservé. Il nous faut rapidement dire un mot maintenant des autres types de méningite aiguë syphilitique, méningite de la période tertiaire, méningite des hérédo-syphilitiques.

III. **Méningite aiguë hérédo-syphilitique**

Le plus souvent la forme aiguë de la méningite hérédo-syphilitique emprunte le masque de la méningite tuberculeuse. M. Ravaut qui a fait une excellente étude de cette forme en rapporte des exemples absolument démonstratifs, spécialement chez de tous petits enfants venus au monde peu de temps

après la contamination de la mère ou alors que la mère était en pleine période d'accidents secondaires.

Dans les cas les plus typiques, outre le tableau de la méningite tuberculeuse que cette méningite aiguë rappelle tout particulièrement, on peut observer comme dans l'observation de Ravaut et Ponselle, des *convulsions*, des contractures des muscles de l'œil. On note, de plus, de la raideur de la nuque, une tension excessive de la fontanelle, de l'*hydrocéphalie* avec distension ventriculaire. La ponction lombaire est suivie de très heureux effets, comme l'ont signalé Ravaut et Darré; le traitement spécifique donne très rapidement aussi d'heureux résultats.

Jolivet pense que l'on doit encore faire rentrer dans le cadre de ces méningites hérédo-syphilitiques aiguës, certains cas de *mort subite* observés chez des nourrissons hérédo-syphilitiques en dehors de tout autre symptôme, surtout les cas de mort subite observés chez des nourrissons hydrocéphales.

L'étude anatomo-pathologique a montré, dans un des cas observés par M. Ravaut (obs. XXI), la présence du tréponème, non pas dans les tissus nerveux eux-mêmes, mais dans les vaisseaux de la périphérie et surtout dans le tissu inflammatoire développé dans la région basilaire : cette constatation est un argument de tout premier ordre pour démontrer le rôle du tréponème dans la production de ces lé-

sions. Ainsi, conclut M. Ravaut, le tréponème franchit la barrière que lui opposent les parois vasculaires pour créer les lésions exsudatives de la méningite syphilitique.

IV. **Méningite aiguë syphilitique tertiaire**

Raoul de Coux, puis Milian, admettent l'existence de cette variété de méningite. Elle ne serait, pour d'autres auteurs, qu'un accident aigu au cours d'une méningite syphilitique tertiaire chronique plus ou moins latente ; elle serait cliniquement très bruyante, s'accompagnant de délire aigu, de crises convulsives, quelquefois de symptômes de localisation consistant en crises épileptiformes partielles, paralysies des membres, paralysie faciale, oculaires, etc.

L'existence de cette forme est contestée par nombre d'auteurs, Goujat, Miriel, etc. Nous n'y insisterons pas davantage ici, n'ayant pas d'ailleurs à notre disposition un nombre suffisant de documents concernant cette forme, pour nous permettre d'en discuter utilement la nature exacte. Pour terminer cette étude de la méningite aiguë, il nous reste maintenant à décrire l'évolution de ces divers types cliniques, à discuter le pronostic que chaque variété comporte, enfin à montrer comment on parviendra au diagnostic.

CHAPITRE VI

EVOLUTION

D'une manière générale l'évolution de la méningite aiguë syphilitique est très variable: assez rarement *la mort* en est la conséquence ; les seules observations qui se sont terminées par la mort sont celles rapportées par Sommer, Sicard, Roussy, Suchy, Magne, G. Ballet et A. Barbè, Malloizel et Nathan; M. Ravaut en a rapporté un cas chez un hérédo-syphilitique.

Par contre, la guérison est obtenue après une évolution qui est loin d'être toujours identique à elle-même ; c'est ainsi que dans le cas de Gaillard et d'Œbnitz, la guérison fut rapide ; elle mit longtemps pour se produire chez le malade de Œttinger et Hamel: il n'est pas rare enfin au cours de cette évolution d'observer des reprises successives alternant avec des périodes de rémission.

Rien ne caractérise mieux précisément ces ménin-

gites syphilitiques, que cette absence de coordination des symptômes et de l'évolution dans un sens ou dans l'autre que l'on observe au contraire dans les autres formes de méningite.

Enfin et surtout ce qui est caractéristique, c'est l'heureux et le rapide effet du traitement spécifique, sur les symptômes observés. Nous reviendrons plus loin sur ce traitement soit par le 606, soit par le mercure ; contentons-nous ici de rappeler la rapidité avec laquelle, sous l'influence du traitement, disparaissent la céphalée, l'insomnie, les douleurs, les contractures en un mot tous les signes, qui traduisent une réaction méningée.

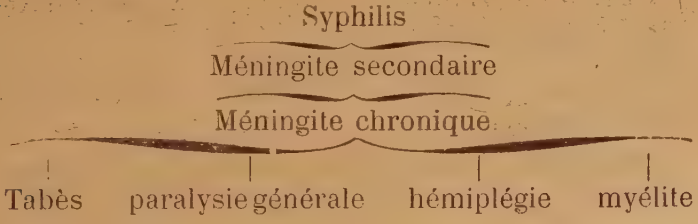
Et c'est pourquoi l'on est fortement autorisé à penser aujourd'hui que bon nombre de méningites étiquetées tuberculeuses, améliorées par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles, étaient tout simplement des méningites aiguës syphilitiques méconnues.

Pronostic immédiat et tardif

Telle est l'évolution habituelle des méningites aiguës syphilitiques. Elle se fait le plus souvent vers la guérison, et l'on comprend très bien que certains auteurs aient attribué à la méningite syphilitique un *pronostic bénin*. Mais, s'il est exact que l'on voit disparaître assez rapidement, sous l'influence du traitement spécifique, les principaux symptômes alarmants, il s'en faut que l'on soit en droit de parler de guérison définitive; en effet, pendant assez long-

temps, le malade conserve, soit quelques douleurs, soit des modifications des réflexes ; il peut présenter des séquelles mais surtout, très longtemps après la disparition de tous les symptômes de méningite, on retrouvera dans son liquide céphalo-rachidien, une lymphocytose encore très appréciable qui est le témoin de la persistance de l'irritation méningée, du passage à l'état chronique.

On sait maintenant la fréquence et l'importance de ces méningites subaiguës, chroniques, chez les syphilitiques ; les travaux de M. Ravaut, Jeanselme, Vincent, Sézary, ont éclairci l'importance des méningites syphilitiques chroniques relativement à la filiation des accidents nerveux syphilitiques ou parasyphilitiques que pourra présenter plus tard le sujet; Vincent schématise de la manière suivante cette filiation :



Sans nous attacher ici à discuter la question de savoir si la méningite chronique qui accompagne ces accidents est nettement syphilitique, comme le soutient Vincent, ou n'est pas de nature spécifique, quoique d'origine syphilitique, comme le soutient Sézary, il nous est facile néanmoins de comprendre l'importance du passage à la chronicité de la réac-

tion méningée aiguë. En dehors d'ailleurs du passage à la forme chronique, il n'est pas rare d'observer des reliquats, des séquelles de cette méningite aiguë ; nous reproduisons d'après Jolivet, le tableau suivant montrant les séquelles observées à la suite des accidents aigus.

Observation I. — Hayem. — Parésie droite, un an après la guérison de la méningite syphilitique.

Obs. II. — Boidin et Weil. — Lymphocytose le jour de la sortie.

Obs. III. — Laubry et Giroux. — Exagération des réflexes ; Babinski ; lymphocytose.

Obs. IV. — Claisse et Joltrain. — Inégalité pupillaire ; lymphocytose.

Obs. V. — Œttinger et Hamel. — Tremblement de la langue ; inégalité pupillaire ; ébauche d'Argyll.

Obs. VI. — Œttinger et Hamel. — Ebauche d'Aigyll ; lymphocytose.

Obs. VII. — Miriel. — Céphalée, vomissements, clonus du pied.

Obs. VIII. — Miriel. — Paralysie du droit externe de l'œil droit.

Obs. X. — Du Castel. — Abolition des réflexes ; Argyll.

Obs. XI. — Jolivet. — Abolition des réflexes, ébauche d'Argyll ; lymphocytose.

Obs. XII. — Sonlecq in th. Jolivet. — Inégalité pupillaire, paresse de l'accomodation à la lumière.

Obs. XII (personnelle). — Lymphocytose.

Jolivet, dans sa thèse, est extrêmement pessimiste relativement à l'avenir des sujets qui ont présenté des accidents méningés syphilitiques aigus, chez lesquels, en particulier, on a observé de la céphalée et de la lymphocytose rachidienne.

Moins affirmatif est M. Milian ; cet auteur fait néanmoins d'importantes réserves : « La méningite syphilitique aiguë est capable de laisser des séquelles telles que l'abolition des réflexes rotuliens ; la récidive en est fréquente, et peut-être est-elle plus tard une cause d'appel pour la paralysie générale, comme la méningite fruste tertiaire. »

Cette opinion est loin d'être adoptée par M. Ravaut : « Pour pouvoir dire que la lésion initiale du tabès remonte à la période secondaire de la syphilis il faudrait au moins avoir une observation probante ; personne n'a encore apporté ce fait. Aussi avais-je cru plus prudent de dire qu'en présence d'une réaction du liquide céphalo-rachidien chez un syphilitique, le médecin ne peut pas savoir quelle en sera l'évolution, que seuls les symptômes cliniques fixeront ces termes, qu'en tout cas il ne faut pas attendre cette échéance, mais traiter énergiquement le malade aussi longtemps que durera la réaction. ...A l'heure actuelle il me paraît impossible de relier entre eux les accidents nerveux de la période secondaire et de la période tertiaire : les uns et les autres représentent des localisations différentes survenant à des périodes différentes de la

syphilis et dépendant d'un même processus dans lequel sont associées au début lésions vasculaires et méningées et qui peut être désigné sous le terme général de méningo-vascularite syphilitique. »

La solution du problème (pronostic éloigné) est, on le voit, assez complexe, faute de faits précis, permettant des conclusions légitimes. Pour les résoudre, il faudrait savoir ce que deviennent ultérieurement les malades qui ont présenté des accidents aigus méningés, d'origine syphilitique : c'est pourquoi l'on ne saurait trop attirer l'attention des cliniciens sur l'existence de cette méningite aiguë pour que, d'abord, ils soient en mesure de la diagnostiquer et de la traiter, et pour qu'ils puissent ainsi faire savoir ce que deviennent, beaucoup plus tard, les malades qui en ont été atteints.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

1° **Positif.** — Le diagnostic positif s'affirme par les renseignements fournis par la ponction lombaire (hypertension, albumine, lymphocytose abondante, souvent plasmazellen, Wassermann positif), par la constatation fréquente d'accidents cutanés secondaires, parfois même par l'existence encore très nette du chancre initial et de sa pléiade ganglionnaire ; par l'importance de la céphalée, de l'insomnie, enfin par l'évolution capricieuse de l'affection.

Il faut ajouter à ces symptômes les heureux effets du traitement spécifique.

2° **Différentiel.** — C'est surtout avec la *méningite tuberculeuse* que le diagnostic doit être fait : l'erreur a certainement souvent été commise et bon nombre de cas de méningite tuberculeuse améliorés ou guéris par l'iodure, étaient des méningites syphilitiques méconnues.

Parmi les caractères différentiels entre ces deux affections, en dehors de la recherche du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien et de l'inoculation au cobaye de ce liquide, il faut signaler l'évolution irrégulière de la méningite syphilitique, la lucidité bien plus grande des malades et l'absence habituelle de fièvre. Enfin, les troubles du pouls, de la respiration, l'atteinte de l'état général sont très rares dans la méningite syphilitique ; le diagnostic peut être plus délicat s'il s'agit de la forme comateuse.

Le diagnostic avec la *méningite cérébro-spinale aiguë* est en général facile, réserves faites cependant pour les formes atténuées, subaiguës de cette méningite, s'accompagnant aussi d'éruptions cutanées.

L'encéphalopathie saturnine pourrait être l'origine d'erreurs fréquentes si l'on n'avait l'étiologie spéciale et la constatation des autres accidents du saturnisme (paralysies, coliques, liseré de Burton, etc.)

Beaucoup plus délicat est le diagnostic de ces « *états méningés* » encore mal connus, dont de multiples exemples ont été rapportés ces dernières années, par Widal, Laubry, Guillain, Richet, Caussade et Logre etc. Il s'agit d'accidents méningés aigus avec hyperthémie, hypertension du liquide céphalo-rachidien avec liquide clair et aseptique, ou puriforme mais aseptique, qui guérissent en général rapidement, à la suite de une ou deux ponctions lombaires. En général, le diagnostic se fera parce que le début aura été brusque et que l'on ne retrou-

vera pas, dans ces états méningés, les prodromes si fréquents, au contraire, dans la méningite syphilitique ; le diagnostic s'affirmera enfin par l'examen du liquide céphalo-rachidien et par l'évolution.

Nous n'aborderons pas ici le diagnostic de la *méningite aiguë hérédo-syphilitique* (convulsions, paralysies, mort subite, etc.), ce qui nous entraînerait trop loin de notre sujet, ni celui des méningites aiguës de la période tertiaire, à propos desquelles nous nous sommes déjà expliqué sur ce qu'elles étaient en réalité. Il nous reste à étudier le traitement de la méningite aiguë syphilitique.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

A) **Prophylactique**. — Nous avons insisté après MM. Ravaut, Milian, Jeanselme, etc. sur la fréquence d'une réaction méningée au cours des accidents de la période secondaire, en dehors même de tout symptôme clinique traduisant cette réaction. Il s'en suit que le traitement spécifique doit être contrôlé sans cesse par la ponction lombaire : tant que le liquide céphalo-rachidien d'un syphilitique présente de la lymphocytose, le traitement doit être poursuivi, et il devra l'être non seulement pendant des mois, mais même pendant des années comme l'a montré M. Ravaut, pour arriver à effacer les plus légères de ces réactions. Par ce traitement précoce, énergique, prolongé, on mettra le malade presque sûrement à l'abri d'accidents aiguës méningés, mais cette règle souffre des exceptions, et nous

avons signalé des cas où, même pendant le traitement, des accidents méningés ont éclaté ; telles sont les observations de Debove et Castaigne, d'Œttinger. Il semble donc y avoir dans certains cas un véritable appel de la syphilis vers les centres nerveux indépendamment de la virulence apparente de la maladie. Signalons encore le fait que le 606 n'a pas une action préventive plus active que celle du mercure.

b) **Curatif.** — Ce traitement est double : il consiste d'abord en la ponction lombaire, puis en l'institution du traitement spécifique.

La ponction lombaire, en diminuant la tension du liquide céphalo-rachidien, en enlevant un liquide altéré dans sa composition, peut-être même en enlevant une certaine quantité de principes virulents, produit une amélioration immédiate et manifeste. La céphalée diminue, l'insomnie disparaît quelques fois, ainsi que les vomissements.

Aussi, pourra-t-il être très utile de renouveler de temps en temps cette ponction, surtout si une reprise des accidents paraît se dessiner.

Quant au traitement causal, il comporte l'iodure, le mercure et le 606.

Bien que certains auteurs mettent l'iodure au même rang que le mercure, il nous semble, étant donné que la méningite est un accident de la période secondaire, que son utilité n'apparaît pas d'une

manière absolue, alors qu'au contraire le traitement intensif par le mercure est tout indiqué. Jolivet accuse même l'iodure de provoquer de l'œdème sous-arachnoïdien, et d'augmenter par ce fait même l'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Les auteurs ont employé divers modes d'hydrargyrisation : Pic et Regaud ont employé les *frictions*; Widal, Boidin, Jolivet ont employé le *biiodure* ; Hayem a usé du *benzoate* ; Widal, Miriel ont employé le *cyanure de mercure intraveineux* : c'est cette méthode qui a été employée au début, dans l'observation que nous avons relatée. On injecte des doses quotidiennes de 1 à 15 centigr. ; Claude et Lhermitte, Claisse et Joltrain ont essayé d'agir directement sur les centres nerveux, au moyen d'injections intra-rachidiennes, isotoniques, de mercure colloïdal : on retire une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien, puis l'on injecte environ 5 cmc de la solution d'élect.-Hg. On observe, à la suite de l'injection, une forte réaction, avec vomissements, douleurs dans la région sacrée, céphalée, hyperthermie ; puis l'amélioration se produit en général assez rapidement.

Il nous faut indiquer maintenant les résultats obtenus par les injections de 606.

L'action prophylactique du 606 ne paraît ni plus efficace ni plus absolue que celle du mercure : la malade de Du Castel, celle de Fage et Gendron, ceux des malades de Jolivet, avaient reçu trois in-

jections de 606 lorsque apparurent les accidents méningés.

L'*action curative* paraît s'exercer plus rapidement que celle du mercure, c'est là un point qui semble bien établi ; cette action s'exerce sur les accidents aigus qu'elle fait rapidement disparaître ; mais, pas plus que le mercure, le 606 ne semble avoir une action très efficace sur les séquelles observées à la suite des méningites (paralysies, abolition des réflexes, ébauche d'Argyll, lymphocytose).

Signalons en outre l'apparition d'accidents nerveux consécutifs à l'injection de 606, accidents bien étudiés par Sicard, Jeanselme, Ravaut, sous le nom de *neurotropisme, méningo-récidive*.

« Lorsque, antérieurement à l'injection, le liquide céphalo-rachidien présente des modifications, très souvent après l'injection il se fait une poussée, une augmentation de toutes les réactions antérieures. Il se ferait entre le tréponème et l'arsenic, au niveau des lésions méningo-vasculaires, une réaction lente et progressive, une fixation élective de l'arsenic (un malade en présentait encore onze mois après la dernière injection). »

Aussi M. Ravaut conseille-t-il, en cas d'accidents méningés une prudence extrême dans le maniement du 606 dans la crainte de voir un traitement trop brutal déterminer l'exacerbation, la réactivation des lésions. Rappelons cependant que Erlich conseille de continuer le 606 malgré la constatation de ces

neuro-récidives qui pour lui seraient le résultat de la syphilis elle-même et non du médicament.

Parvenu au terme de notre étude sur la méningite aiguë syphilitique, nous croyons utile de résumer en quelques lignes les Conclusions qui se dégagent de notre travail.

CONCLUSIONS

I. Le nom de méningite aigüe syphilitique doit être plus spécialement réservé aux accidents méningés aiguës de la période secondaire, précédant quelques fois, accompagnant le plus souvent, les accidents cutanés de cette période.

On peut encore observer des accidents méningés, méritant le nom de méningites syphilitiques aiguës chez les hérédo-syphilitiques.

Les méningites aiguës observées au cours de la période tertiaire, ne paraissent pas être de nature franchement syphilitique ; il semble s'agir plutôt d'accidents méningés d'origine banale, greffés sur une méningite chronique.

II. La détermination anatomique parait être essentiellement une méningo-vascularite avec hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien ; le tréponème n'aurait été trouvé qu'exceptionnellement dans le liquide céphalo-rachidien, sauf chez les hérédo-syphilitiques.

III. La ponction lombaire est indispensable pour affirmer le diagnostic : elle montre une hypertension considérable du liquide céphalo-rachidien; l'albumine s'y trouve en abondance; il existe une lymphocytose très accusée, avec des plasmazellen; les méninges sont perméables à l'iodure; le liquide céphalo-rachidien présente le Wassermann positif, alors que la réaction du sérum est négative ; la lymphocytose persiste longtemps après la disparition des signes de méningite.

IV. Les accidents méningés peuvent éclater brusquement, sans prodromes ; le plus souvent on note, longtemps avant, de la céphalée et de l'insomnie. La méningite aiguë se caractèrise à la période d'état par un tableau clinique rappelant celui de la méningite tuberculeuse mais en différant par le peu de netteté des symptômes qui ne sont souvent qu'ébauchés,

(contractures, raideur de la nuque), par l'absence de troubles très nets du pouls et de la respiration, par l'évolution irrégulière, les poussées successives, les rémissions et les reprises, enfin et surtout par les renseignements fournis par la réaction de Wassermann. On peut observer aussi, soit une forme comateuse, soit des formes localisées, à la convexité (convulsions, épilepsie), ou à la base, (paralysies des muscles de l'œil.)

V. Le pronostic immédiat est rarement fatal ; le pronostic éloigné est plus réservé ; tout d'abord, après la disparition des signes de méningite, on observe fréquemment des séquelles : (abolition des réflexes, ébauche du signe d'Argyll, lymphocytose rachidienne). En second lieu l'on observe assez souvent à la suite des méningites aiguës le passage à l'état chronique ; or l'on sait maintenant que cette méningite chronique est à l'origine des accidents parasyphilitiques (paralysie générale, tabes, etc.) ce qui vient assombrir considérablement le pronostic.

VI. Un traitement prophylactique, même énergique, ne met pas le syphilitique totale-

ment à l'abri des accidents méningés, que l'on emploie d'ailleurs le mercure ou le 606 ; néanmoins, le traitement prophylactique doit être fait et poursuivi systématiquement chez tout spécifique, dont le liquide céphalo-rachidien, continue à présenter, même en l'absence de tout symptôme méningé, une lymphocytose persistante.

Le traitement curatif comporte d'abord la soustraction abondante et répétée du liquide céphalo-rachidien ; en second lieu, l'institution d'un traitement hydrargyrique énergique (biiodure, injection intra-veineuse de cyanure de Hg, injection intra-rachidienne de mercure colloïdal). Le 606 aurait une action beaucoup plus rapide, mais certains auteurs en déconseillent l'emploi lorsqu'il s'agit d'accidents nerveux, à cause des phénomènes dits de neuro-tropisme ou neuro-récidives, qu'Ehrlich cependant attribue non au 606, mais à la syphilis elle-même.

Vu : *Le Président de thèse*,
ACHARD.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Nous nous contenterons de signaler les principales thèses et les plus récents travaux que nous avons consultés ; une bibliographie très complète se trouve en général dans chacune de ces thèses.

I. — Thèses.

Drouet. — Th. Paris, 1904 : *Méningite aiguë syphilitique.*

Minot. — Th. Lyon, 1905 : *Ponction lombaire dans la syphilis du système nerveux.*

De Coux. — Thèse Paris, 1907 : *Méningites syphilitiques aiguës : essai de classification.*

Moignet. — *Contribution à l'étude de la méningite syphilitique aiguë.* Th. Paris, 1909.

Goujat. — Les *méningites aiguës et subaiguës.* Th. Lyon, 1910.

Miriel. — *Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des méningites syphilitiques.* Th. Paris, 1910.

Jolivet. — Th. Paris, 1912 : *Des réactions méningées observées au cours de la syphilis ; leur enchaînement et leur pronostic.*

II. — Principaux Travaux originaux consultés

Ballet & Barbier. — *Un cas de méningite syphilitique avec autopsie.* « Rev. de Neurol. », 15 avril 1908.

Billet. — *Méningite aiguë chez un hérédo-syphilitique.* « Soc. Méd. des hôp. », 1910.

Boidin & Weill. — *Méningite syphilitique secondaire aiguë pré-roséolique.* « Presse Médicale », 1907.

Claisse & Joltrain. — *Méningite syphilitique avec guérison.* « Soc. méd. des hôp. », 1908.

Du Castel & Paraf. — *Méningite syphilitique traitée par le 606.* « Soc. Méd. hôp. », 1910.

Debove & Castaigne. — « Gaz. hebd. », 1901.

Gaucher & Merle P. — *Découverte du treponema dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis acquise des centres nerveux.* Acad. des Sciences, mars 1909.

Jeanselme & Barbé. — Lymphocytose céphalo-rachidienne et formule sanguine chez les syphilitiques.

Laubry & Giroux. — « Tribune Médicale », 1907.

Milian. — In traité de Gaucher, 3e vol. *Syphilis nerveuse.*

Miriel. — *La Méningite syphilitique aiguë.* Revue générale. « Gaz. Hôp. » Janvier 1911.

Œttinger & Hamel. — *A propos de deux cas de méningites aignës syphilitiques.* « Gaz. hôp. », 1909.

Ravaut. — Série d'études. Janv.-Juillet, 1903. *Ann. de derm. et de syphiligr.* Déc. 1904-1907.

« Presse Médicale », 1911. — « Monde médical », octobre 1911.

Sézary. — « Soc. de biol. », 1908.

Sicard & Roussy. — *Méningite aiguë syphilitique.* « Arch. de neurologie », 1904.

Widal. — *Cytologie du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques.* « Soc. méd. hôp. », 1903.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

INTRODUCTION. 11

CHAPITRE Ier. — Définition. Historique. . . . 17

— II. — Observations. 23

— III. — Etiologie 33

— IV. — Anatomie pathologique. Ponction lombaire. Pathogénie. . 37

— V. — Symptomatologie. 47

— VI. — Evolution. Pronostic. . . . 59

— VII. — Diagnostic. 65

— VIII. — Traitement. 69

CONCLUSIONS. 75

BIBLIOGRAPHIE 79

IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRY
26 — Rue Monsieur-le-Prince — 26
PARIS (VI^e^)